



Consider quality of life Nulliparous Women of Noshahr 2015

Seyed Saed Mazloomi Mahmoodabad (Ph.D)¹, Neda Ghazinezhad (MS.c)², Arefe Dehghani Tafti (MS.c)³

1.Professor, Department of Health Services, Shahid Engineering School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci -Yazd, Iran.

2. Corresponding Author: MS.c Student in Health Education, Engineering School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci -Yazd, Iran. Email: n.gh.heahp@gmail.com Tel:09111206211

3.Msc Biostatistics, Scientific Board health, Engineering School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci -Yazd, Iran.

Abstract

Introduction : Postpartum period is associated with significant changes in women's quality of life can be a mother and baby to be effective. Due to this, the study examines the impact of various factors on the areas of quality of life were performed.

Methods : This descriptive-analytic study on 120 nulliparous women who referred to health centers and Clinic city Noshahr were randomly selected using a vacuum Sh WHO quality of life in areas of physical, psychological, social, environmental and General (overall) evaluate information using SPSS software with descriptive statistics and statistical tests of ANOVA, t-test and Mann- whithney analysis was performed.

Results: Results showed that among the five Scope studied public Scope (overall) with an average of $92/12 \pm 34/76$ the highest score and the environmental Scope with an average of $29/8 \pm 03/64$ lowest scores quality of life based on education, type of delivery, newborn gender, occupation, age significant difference in terms of education, social exists ($P < 0/05$) but in other Scope significant not difference . significant differences in terms of delivery social and environmental Scope was observed ($P < 0/05$) of the baby's sex, there was a significant difference in social Scope ($P < 0/05$) In terms of jobs, significant differences were observed in the social Scope ($P < 0 / 05$). In terms of age, significant differences ($P < 0/05$) was observed in the Scope of social and environmental.

Conclusions: Based on the results of this study should be noted that factors such as education, type of delivery, newborn gender, occupation and age have an impact on quality of life nulliparous women after giving birth and knowing this Health care workers and officials can take In order to improve the quality of life for their positive nulliparous women.

Keywords: Quality of life, nulliparous women, Scope

Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interests.



This Paper Should be Cited as:

Seyed Saed Mazloomi Mahmoodabad SS (Ph.D), Neda Ghazinezhad (M.Sc), Arefe Dehghani Tafti (M.Sc). Consider quality of life nulliparous women of Noshahr 2015. Journal Tolooebehdasht Sci 2017; 15(1):23-32[Persian]



بررسی کیفیت زندگی زنان نخست‌زا

شهرستان نوشهر ۱۳۹۴

نویسندگان: سید سعید مظلومی محمود آباد^۱، ندا قاضی نژاد^۲، عارفه

دهقانی تفتی^۳

۱. استاد گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد تلفن تماس: ۰۹۱۱۱۲۰۶۲۱۱ Email: n.gh.heahp@gmail.com
۳. کارشناس ارشد آمار زیستی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

چکیده

مقدمه: دوره بعد از زایمان با تغییرات مهمی در کیفیت زندگی زنان همراه می‌باشد که می‌تواند بر سلامت مادر و کودک موثر باشد. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان نخست‌زا شهرستان نوشهر انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی روی ۱۲۰ نفر از زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانگاههای شهرستان نوشهر که به طور تصادفی انتخاب شده بودند انجام شد و ابزار کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان بهداشت جهانی در حیطه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی، محیطی و سلامت عمومی و نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمون‌های Mann-whithnyot-test، Anova برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد از حیطه‌های مورد بررسی حیطه اجتماعی با میانگین $13/38 \pm 72/56$ بیشترین نمره و حیطه محیطی با میانگین $64/03 \pm 8/29$ کمترین نمره را داشتند. مقایسه کیفیت زندگی بر اساس تحصیلات، نوع زایمان، جنسیت نوزاد، شغل و سن انجام گرفت. از نظر تحصیلات اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی وجود دارد ($P < 0/05$) ولی در سایر حیطه‌ها اختلاف معنی دار نبود. از نظر نوع زایمان اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی و محیطی مشاهده گردید ($P < 0/05$) از نظر جنسیت نوزاد اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی وجود دارد ($P < 0/05$) از نظر نوع شغل اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی مشاهده شد ($P < 0/05$) از نظر سن اختلاف معنی داری ($P < 0/05$) در حیطه‌های اجتماعی و محیطی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش ملاحظه می‌گردد که عوامل مختلفی از جمله تحصیلات، نوع زایمان، جنسیت نوزاد، نوع شغل و سن بر کیفیت زندگی زنان نخست‌زا پس از زایمان تاثیر دارند و با دانستن این مطلب مراقبین بهداشتی و مسئولین می‌توانند گامهای مثبتی در راستای بهبود کیفیت زندگی زنان نخست‌زا بردارند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، زنان نخست‌زا، حیطه

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال شانزدهم

شماره: اول

فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۶

شماره مسلسل: ۶۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۶/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۲۳



مقدمه

در سال های اخیر توجه زیادی به میزان سلامتی افراد و قدرت تاثیر گذاری بیماری های روانی و جسمی بر روی فعالیت های روزانه و رفتارهای آنها شده که سبب به وجود آمدن رویکرد نوینی به نام کیفیت زندگی در تحقیقات پزشکی و اجتماعی شده است (۱) کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی است که دارای ابعاد گوناگون می باشد (۲) و نخستین بار توسط پیگو در سال ۱۹۲۰ در کتاب اقتصاد و رفاه مورد استفاده قرار گرفت (۱،۳). در طی زمان محققان متوجه شدند که کیفیت زندگی می تواند در ارزیابی سلامت پراهمیت باشد (۱). تعریف سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی اینگونه می باشد: احساس درک فرد از وضعیت زندگی خود در قالب نظام ارزشی، فرهنگی که بر مبنای آرمانها، انتظارات، استانداردها و علایق فردی می باشد که دارای حیطه جسمی، روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیط و عقاید شخصی می باشد (۴). به طور کلی سه عامل فیزیکی، شخصی، اجتماعی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی محسوب می شوند که از عوامل فیزیکی می توان به نیاز های اولیه مثل مسکن، لباس، آب...، عوامل شخصی مانند ثروت، خانواده، دوستان، دسترسی به کالاهای اساسی و حمایت افراد نزدیک.. و از عوامل اجتماعی می توان به نحوه ی مشارکت افراد در فعالیتهای اجتماعی اشاره کرد (۵). در دسته بندی دیگر حیطه های مهم کیفیت زندگی به شکل زیر می باشد: بعد جسمی، روانی و اجتماعی. بعد جسمی به درک فرد از توانایی انجام فعالیت های روزانه و به انرژی فرد بستگی دارد. بعد اجتماعی به انزوا، وابستگی، روابط با خانواده و فامیل و شرایط محیط های اجتماعی دیگر وابسته است و در بعد روانی نیز مسائلی چون

افسردگی، ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب مطرح می شود (۶). در طی دوره زندگی زنان مراحل حیاتی ویژه ایی وجود دارد که تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی آنها می گذارد که از این مراحل می توان به بارداری به ویژه بارداری اول و زایمان و پس از آن اشاره کرد (۴). اگر چه این دوره برای اکثر زنان یک دوره خوشایند است اما اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز محسوب می شود (۴).

بنابر این در طی دوران بارداری تغییرات زیادی در ابعاد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و کیفیت زندگی زنان به وجود می آید (۴). بارداری و زایمان می تواند بر احساسات و رفتارها و کیفیت زندگی زنان در دوره پس از زایمان نیز تاثیر زیادی بگذارد (۷). در دوران پس از زایمان بیشترین احتمال بروز اختلالات خلقی شامل اندوه، افسردگی و سایکوز وجود دارد که تاثیر نامطلوبی بر سلامت روحی و جسمی و به دنبال آن بر کیفیت زندگی زنان می گذارد (۷). بطوریکه ۸۶ درصد از زنان مشکلات جسمی و ۲۰-۱۰ درصد افسردگی را در دو ماه اول بعد از زایمان تجربه می کنند. این مشکلات تاثیر مهمی بر تجربه مادر شدن، سلامتی و کیفیت زندگی بعد از زایمان داشته است و نوع زایمان نیز با موارد مطرح شده ارتباط دارد (۸). در مطالعه ایی که توسط قدس بین و همکاران با عنوان بررسی تاثیر آموزش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بر کیفیت زندگی زنان نخست زایمان پس از زایمان به صورت کار آزمایی بالینی انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی می تواند در ارتقاء کیفیت زندگی زنان نخست زایمان موثر باشد. لذا باید مراقبین بهداشتی به این موضوع توجه بیشتری داشته باشند (۴). در مطالعه ایی که توسط بهرامی و همکاران با عنوان



بررسی کیفیت زندگی زنان اول‌زا پس از زایمان به روش توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۲۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان دزفول در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره افسردگی زنان در ۶-۸ هفته پس از زایمان به طور معناداری بیشتر از میانگین آن در ۱۴-۱۲ هفته پس از زایمان بود و به دلیل ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی، روحی و اجتماعی در این دوره نیاز به انجام اقدامات حمایتی مادر در طول بارداری و پس از زایمان توسط همسر، خانواده و مراقبین مادر برای بهبود سلامت مادر و کیفیت زندگی می باشد (۹). با توجه به مطالب مطرح شده درباره کیفیت زندگی و اهمیت آن و با توجه به اهمیت بررسی این موضوع در زنان به عنوان یکی از ارکان اصلی جامعه ساز ما بر آن شدیم تا تاثیر عوامل مختلف را بر کیفیت زندگی زنان نخست‌زا بسنجیم.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۲۰ نفر از زنان نخست‌زا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانگاههای شهرستان نوشهر انجام شد. زنان با نظر مشاور آماری و با استفاده از جدول اعداد تصادفی از دو خوشه انتخاب شدند و نحوه انتخاب به این صورت بود که پس از مراجعه به شبکه بهداشت - درمان شهرستان نوشهر و مشخص شدن نام مراکز بهداشتی به ۴ مرکز از دو ناحیه شهرستان نوشهر مراجعه شد و نمونه های مورد نظر انتخاب شدند. معیارهای ورود زنان سن ۳۵-۱۵ سال، ساکن شهرستان نوشهر، اول‌زا و دارای یک فرزند زنده زیر یک سال و بدون سابقه مشکل طبی، روانی، مامایی و اعتیاد به مواد مخدر و حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. ابزار گردآوری اطلاعات

پرسشنامه کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان بهداشت جهانی بود که شامل دو بخش می باشد. یک بخش مشخصات دموگرافیک شامل ۵ سوال (سن-تحصیلات-شغل-نوع زایمان-جنسیت نوزاد) و یک بخش شامل ۲۶ سوال در حیطه های جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و سلامت عمومی می باشد. که براساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری شد. محدوده نمرات از ۱۳۰-۲۶ بود که به صورت کیفیت زندگی پایین (۶۰-۲۶)، متوسط (۹۵-۶۱) و بالا (۱۳۰-۹۶) طبقه بندی شد. روایی پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی تایید شده است. پایایی این پرسشنامه از مطالعه نیک پور و همکاران استفاده شد (۸) و اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و با بهره گیری شاخص های آمار توصیفی و آزمون های آماری Anova، t-test و Mann-whitney مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی زنان $26/55 \pm 4/39$ سال بود. اکثر آنها دارای تحصیلات لیسانس (۳۷ درصد)، خانه دار (۸۱/۷ درصد)، زایمان سزارین (۶۰/۸)، باجنسیت نوزاد دختر (۵۱ درصد) بودند و میانگین نمره کیفیت زندگی $11/42 \pm 67/52$ بوده است که طبق تقسیم بندی لیکرت در حد متوسط می باشد.

در میان پنج حیطه کیفیت زندگی که بررسی شد حیطه اجتماعی با میانگین $13/38 \pm 72/56$ بیشترین نمره و حیطه محیطی با میانگین $8/29 \pm 64/03$ کمترین نمره را داشتند. میانگین سایر حیطه ها عبارتند از: جسمی $12/30 \pm 70/14$ ، روانی $10/21 \pm 60/55$ ، سلامت عمومی $12/92 \pm 70/34$.



جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه های کیفیت زندگی به تفکیک سن

۱۵-۲۰	۲۵-۳۰	۳۰-۳۵	سال
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	p
حیطه های کیفیت زندگی			
اجتماعی	$66/66 \pm 6/26$	$77/91 \pm 13/32$	$p^* = 0/06$
محیطی	$62/50 \pm 11/02$	$67/17 \pm 8/74$	$p^* = 0/01$
جسمی	$69/04 \pm 10/91$	$70/55 \pm 11/3$	$p^{**} = 0/07$
روحي	$62/50 \pm 8/3$	$67/03 \pm 9/31$	$p^{**} = 0/03$
سلامت عمومی	$75 \pm 0/01$	$77/74 \pm 12/65$	$p^{**} = 0/071$

*Independent- T-test **Mann-Whitney Test

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه های کیفیت زندگی به تفکیک سطح تحصیلات

حیطه های کیفیت زندگی	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
p	p	p	p	p
اجتماعی	$71/42 \pm 18/11$	$77/19 \pm 10/33$	$83/33 \pm 6/80$	$76/25 \pm 13/32$
محیطی	$60/71 \pm 8/37$	$65/46 \pm 9/45$	$70/31 \pm 3/12$	$66/25 \pm 8/33$
جسمی	$71/59 \pm 10/19$	$71/77 \pm 14/10$	$72/72 \pm 13/57$	$67/61 \pm 11/35$
روانی	$62/30 \pm 11/44$	$67/07 \pm 9/58$	$64/86 \pm 10/57$	$69/44 \pm 2/40$
سلامت عمومی	$77/97 \pm 11/11$	$74/69 \pm 12/33$	$73/86 \pm 15/26$	$75/85 \pm 13/31$

* Independent- T-test **Mann-Whitney Test

وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول ۱).

از نظر تحصیلات اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی مشاهده شد ($p < 0/05$) ولی در سایر حیطه ها اختلاف معنی دار نبود ($p > 0/05$). به طوریکه میانگین نمره حیطه اجتماعی در سطح لیسانس و بالاتر بیشتر می باشد (جدول ۲).

از نظر سن اختلاف معنی داری در حیطه های اجتماعی و محیطی و روانی مشاهده شد ($p < 0/05$). به طوریکه میانگین نمره کیفیت زندگی در ۳۰-۳۵ سال در حیطه اجتماعی و محیطی و روانی بیشتر از سایر سن ها می باشد. ولی اختلاف معنی داری از نظر سن در حیطه جسمی و عمومی



جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه های کیفیت زندگی به تفکیک نوع شغل

کارمند		خانه دار		حیطه های کیفیت زندگی
p	میانگین و انحراف معیار	p	میانگین و انحراف معیار	
$p^{*}=0/14$	$67/96 \pm 8/44$	$p^{*}=0/01$	$64/13 \pm 8/66$	اجتماعی
$p^{*}=0/35$	$77/08 \pm 15/12$	$p^{*}=0/38$	$61/45 \pm 8/16$	محیطی
$p^{**}=0/94$	$67/55 \pm 13/31$	$p^{**}=0/99$	$70/45 \pm 12/73$	جسمی
$p^{**}=0/84$	$69/16 \pm 9/01$	$p^{**}=0/19$	$64/92 \pm 10/46$	روانی
$p^{**}=0/73$	$77/08 \pm 7/21$	$p^{**}=0/08$	$78/40 \pm 11/86$	سلامت عمومی
Independent- T-test *		**Mann-Whitney Test		

جدول ۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه های کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت نوزاد

جنسیت نوزاد		جنسیت نوزاد		حیطه های کیفیت زندگی
p	میانگین و انحراف معیار	p	میانگین و انحراف معیار	
$p^{*}=0/08$	$75/26 \pm 13/85$	$p^{*}=0/007$	$77/58 \pm 13/38$	اجتماعی
$p^{*}=0/20$	$65/82 \pm 9/0$	$p^{*}=0/33$	$64/65 \pm 9/74$	محیطی
$p^{**}=0/46$	$67/55 \pm 13/31$	$p^{**}=0/18$	$68/84 \pm 13/32$	جسمی
$p^{**}=1/56$	$68/27 \pm 1/01$	$p^{**}=1/20$	$66/23 \pm 10/40$	روانی
$p^{**}=1/55$	$79/83 \pm 11/49$	$p^{**}=1/53$	$78/01 \pm 11/40$	سلامت عمومی
Independent- T-test *		** Mann-Whitney Test		

از نظر نوع شغل اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی در زنان خانه دار مشاهده شد. ($p < 0/05$) ولی در سایر حیطه ها اختلاف معنی دار نبود. ($p > 0/05$) اگرچه میانگین نمره زنان خانه دار در حیطه جسمی و سلامت عمومی بیشتر از کارمند بود و میانگین نمره زنان کارمند در حیطه روانی بیشتر از خانه دار بود (جدول ۴).

از نظر جنسیت نوزاد اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی مشاهده شد. ($p < 0/05$) به طوریکه میانگین نمره در حیطه اجتماعی در جنس دختر بیشتر از پسر بود ولی در حیطه های

از نظر نوع زایمان اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی و حیطه محیطی زایمان سزارین مشاهده شد. ($p < 0/05$) و میانگین نمره حیطه اجتماعی و حیطه محیطی در زایمان سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود اگرچه میانگین زایمان سزارین در حیطه روانی نیز بیشتر از زایمان طبیعی می باشد اما این اختلاف معنا دار نمی باشد. ($p > 0/05$).

ولی در حیطه سلامت عمومی و حیطه جسمی میانگین زایمان طبیعی بیشتر از سزارین می باشد اما این اختلاف نیز از نظر آماری معنا دار نمی باشد. ($p > 0/05$) (جدول ۳).



عمومی مشاهده شد که همسو با نتایج این مطالعه نمی باشد که می تواند به علت تفاوت در نمونه های مورد بررسی و رده سنی مختلف در دو مطالعه باشد (۱).

در بررسی تاثیر تحصیلات روی کیفیت زندگی اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی وجود داشت در مطالعه بیات و همکاران با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان شهر مشهد نیز اختلاف معنی داری بین تحصیلات و سلامت عمومی مشاهده شد (۱) ولی در مطالعه عباس زاده و همکاران با عنوان کیفیت زندگی زنان باردار اختلاف معنی داری بین حیطه های مختلف کیفیت زندگی مشاهده نشد (۱۲) و در مطالعه خورسندی و همکاران با عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی کارکنان ستاد و بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک اختلاف معنی داری در حیطه جسمی دیده شد (۱۳) و این نتایج با مطالعه حاضر مطابقت ندارد که میتواند حاصل تفاوت در جامعه آماری مورد بررسی یا پرسشنامه مورد استفاده باشد.

در بررسی تاثیر نوع زایمان روی کیفیت زندگی اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی و محیطی زایمان سزارین مشاهده شد. در مطالعه نیکپور و همکاران با عنوان مقایسه کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی با سزارین در حیطه اجتماعی و محیطی اختلاف معنی داری مشاهده نشد بلکه در این مطالعه در حیطه روانی و جسمی در گروه زایمان طبیعی نسبت به سزارین اختلاف معنی داری مشاهده شد (۸). در مطالعه Lydon-Rochla و همکاران اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی در زایمان طبیعی مشاهده شد که برعکس نتایج مطالعه حاضر می باشد (۱۴) در مطالعه کلانی و همکاران با عنوان مقایسه نوع زایمان بر کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و

محیطی، روانی، جسمی و سلامت عمومی اختلاف معنی داری بین دو جنس مشاهده نشد ($p > 0.05$). اگرچه میانگین جنس پسر در حیطه های روانی- عمومی- جسمی بالاتر از جنس دختر بود (جدول ۵).

بحث و نتیجه گیری

بررسی کیفیت زندگی زنان نخست را نشان داد که در میان حیطه های مورد بررسی حیطه اجتماعی با میانگین $72/56 \pm 13/38$ بیشترین نمره و حیطه محیطی با میانگین $64/03 \pm 8/29$ کمترین نمره را داشتند که این نتیجه با مطالعه بیات و همکاران با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان شهر مشهد مطابقت نداشت زیرا در مطالعه بیات حیطه جسمی بالاترین میانگین و حیطه روانی کمترین میانگین را داشت (۱) ولی با مطالعه مکوندی و همکاران با عنوان کیفیت زندگی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان ایذه مطابقت داشت و در مطالعه مکوندی نیز حیطه اجتماعی بالاترین میانگین را داشت ولی حیطه احساس نشاط کمترین میانگین را داشت که این قسمت با مطالعه حاضر همسو نیست (۱۰).

در بررسی تاثیر سن بر کیفیت زندگی زنان نخست را اختلاف معنی داری در حیطه های اجتماعی و محیطی و روانی مشاهده شد و در مطالعه صافی زاده با عنوان کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز نیز اختلاف معنی داری در حیطه روانی وجود داشت (۱۱) و در مطالعه گلیان و همکاران با عنوان بررسی کیفیت زندگی بر حسب مراحل مختلف یائسگی در زنان ساکن شهر تهران بین سن و کیفیت زندگی زنان رابطه معنی داری مشاهده شد که با نتایج مطابقت داشت (۱۹). در مطالعه بیات و همکاران نیز اختلاف معنی داری در حیطه جسمی و حیطه



درمانی شهرهای ایلام و ایوان نیز اختلاف معنا داری در حیطه اجتماعی و حیطه روانی زایمان طبیعی مشاهده شد (۱۵). شاید علت تفاوت در نتایج به دست آمده در این مطالعه نسبت به مطالعات مشابه این باشد که نمونه‌های مورد بررسی فقط زنان نخست‌زا را شامل می‌شد و ممکن است نگرش زنان نخست‌زا نسبت به سایر گروه درباره زایمان متفاوت باشد زیرا آنها زایمان سزارین را روشی سریعتر و با درد و عوارض کمتر برای زایمان می‌دانند. از نظر تاثیر نوع شغل (خانه‌دار یا کارمند) بودن زنان نخست‌زا اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی مشاهده شد و میانگین نمره در زنان خانه‌دار بیشتر بود که در مطالعه رمضانی با عنوان مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار نیز اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی در زنان خانه‌دار و شاغل مشاهده شد (۶). و در مطالعه بیات و همکاران با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان شهر مشهد اختلاف معنی داری در تمام ابعاد کیفیت زندگی زنان شاغل نسبت به خانه‌دار مشاهده شد (۱) ولی در مطالعه مشابه در شهر زاهدان کرمان ساروی و همکاران زنان شاغل در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمی میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان خانه‌دار کسب نمودند (۱۷) که این اختلاف نتایج می‌تواند به علت تفاوت در جامعه آماری مورد مطالعه باشد زیرا زنان نخست‌زا شاغل که برای نخستین بار مادر شدن را تجربه می‌کنند برای تطابق بین این تجربه و وظایف شغلی به زمان بیشتری نسبت به زنان خانه‌دار دارند. از نظر تاثیر جنسیت نوزاد روی کیفیت زندگی اختلاف معنی داری در حیطه اجتماعی مشاهده شد. در مطالعه اکبرزاده و همکاران با عنوان تاثیر آموزش تن آرامی به مادران باردار بر کیفیت زندگی و شدت اندوه بعد از زایمان از نظر جنسیت نوزاد در حیطه‌های

کیفیت زندگی اختلاف معنی داری مشاهده نشد (۱۶) که با نتایج تحقیق هم خوانی نداشت که می‌تواند به علت تفاوت در جامعه آماری مورد بررسی باشد و در مطالعات مشابه دیگر به این متغیر کمتر پرداخته شده بود. نتیجه بدست آمده در این مطالعه نشان داد که جنسیت نوزاد هم می‌تواند عامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان باشد و لازم است در این حیطه بررسی‌های بیشتری صورت بگیرد و کارهای فرهنگی بیشتری انجام شود تا تفکر جامعه به سمتی رود که جنسیت دختر یا پسر بودن نوزاد تفاوتی از دید اجتماعی و عمومی نداشته باشد.

با توجه به اهمیت ارتباط میان کیفیت زندگی زنان نخست‌زا با متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، جنسیت نوزاد و نوع زایمان پیشنهاد می‌گردد مسئولین برنامه ریز بهداشتی توجه بیشتری را به تاثیر این متغیرهای بر کیفیت زندگی زنان نخست‌زا در زمان تدوین برنامه‌ها معطوف دارند و با توجه به اینکه میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه اجتماعی و محیطی در سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود پیشنهاد می‌گردد ترویج زایمان طبیعی هر چه بیشتر به خصوص در بین زنان با بارداری اول انجام گیرد و تا بتواند منجر به تغییر نگرش آنان نسبت به انتخاب نوع زایمان شود زیرا زنان زایمان سزارین را روشی مطلوب تر با عارضه کمتر و سریعتر و بی‌دردتر می‌دانند. لازم است مسئولین مقدمات زایمان طبیعی ایمن از جمله تجهیز زایشگاهها به روشهای مدرن زایمان طبیعی، جذب بیشتر زنان از طریق تبلیغات به حضور در کلاسهای زایمان طبیعی و برنامه ریزی کلاسهای ورزشی مناسب جهت زنان را فراهم سازند و با توجه به تاثیر خانه‌دار بودن بر روی حیطه اجتماعی توصیه می‌شود گام‌هایی توسط مسئولین در جهت ارتقاء حیطه اجتماعی در زنان کارمند نیز برداشته شود



تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت می باشد. از مسئولین و کارکنان شبکه بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانگاههای شهرستان نوشهر و اساتید و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی یزد و کارکنان بیمارستان شهید بهشتی نوشهر و تمام زنان نخست زا شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر را دارم.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

و با توجه به تاثیر تحصیلات بر حیطه اجتماعی کیفیت زندگی پیشنهاد می شود زمینه تحصیلات تا مقاطع بالا برای همه قشرهای زنان توسط مسئولین مربوطه فراهم گردد و البته لازم به ذکر است که مسئولین دقت نمایند که تشویق زنان جامعه به تحصیلات در مقاطع بالاتر سبب کم رنگ شدن امر ازدواج و تولید نسل و بارورینشود. با توجه به تاثیر سن بر روی حیطه های محیطی، اجتماعی، روانی کیفیت زندگی نیز توصیه میشود زنان آموزشهای لازم را جهت آمادگی برای بارداری و پس از زایمان را از سنین پایین دریافت نمایند و در پایان توصیه می شود تحقیقات بیشتری در زمینه کیفیت زندگی زنان نخست زا به عنوان قشری موثر بر جامعه انجام گیرد.

References

- 1-Bayat M , Bayat M. Quality of life of women in Mashhad,Book(The strategic thinking, woman and family) 2010:575-87. [Persian]
- 2-Cynthia RK, Hinds S. Quality of life from nursing and patient perspectives.Canada: Sudbury, Mass : Jones and Bartlett ; 1998: 23-30
- 3-Abbaszadeh F, Kafaei Atrian M, Masoudi Alavi N, Bagheri A, Sadat Z, Karimian Z . Relationship Between Quality of Life and Depression in Pregnant Women. Nurs Midwifery Stud 2013; 2 (2):193-97. [Persian]
- 4-Ghodsbin F, Yazdani K , Jahanbin I , Keshavarzi S . The Effect of Education on Health-Promoting Behaviors at the First Six Weeks Post-delivery on the Quality of Life of Primiparous Women. Armaghan Danesh 2012,17(4) :279-88. [Persian]
- 5-Cimiller J, Brennan S. Measurement of Quality of Life in Surgery .J.R. Coll, Surg. Edinb1999 ;44: 252-59.
- 6-Ramezani F. compared to the quality of life of working women and housewives, Regional Conference on Women's Health, Hamadan, Islamic Azad University, Hamedan 5 May 2011:1-12. [Persian]
- 7-Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N , Sharif F. Effect of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Quality of life and Postpartum Blues. Knowledge & Health 2012;7(2):83-8. [Persian]



- 8-Nikpour M , Abedian Z , Mokhber N, Ebrahimzadeh S, Khani S .Comparison of Quality of Life in Women after vaginal Delivery and Cesarean Section.J Babol Univ Medsci 2011;13(1) :44-50. [Persian]
- 9-Bahrami N , Bahrami S . The survey of quality of life in first-time women in postpartum period. pazhohesh parastary 2012;6(23):58-64. [Persian]
- 10- makvandi.s ,Aetamad Kermani.A. Quality of life of pregnant women attending health centers, city IZEH(2010) Scientific journal. Kermanshah University of Medical Sciences 2012;16(1) :37-42 . [Persian]
- 11-Safizadeh, H , Grossi B , Afsharpvr, S. Quality of Life in Hemodialysis Patients Faslname payesh 2005 ; 5(1): 29-35. (Persian)
- 12-Abbaszadeh F, Baghery A, Mehran N. Quality of Life among Pregnant Women. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences 2009 ;15 (1):41-8.[Persian]
- 13-Khorsandi M, Jahani F , Rafie M , Farazi A . Health-related quality of life in staff an University of Medical Sciences in 2009 hospital personnel of Arak University of Medical Sciences 2010; 13(1): 40-8. [Persian]
- 14-Lydon-Rochelle MT,Holt VL,Martin DP.Delivery metod and self-reported postpartum general helth status among primiparous Women.Pediatr print Epidemiol 2001;15 (3):232-40.
- 15-Taheri-Kalani F , Mami S , Direkvand-Moghadam A, Kaikhavani S, Delpisheh A. Comparison of the effect of delivery type on the quality of life in women attending to health centers of Ilam and Aivan during 2013. J Shahrekord Univ Med Sci 2014;16(2): 90-6.
- 16-Akbarzadeh M , Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Quality of life and Postpartum Blues. Knowledge & Health 2012;7(2):83-8. [Persian]
- 17-Kerman Saravi F, Montazeri A, Bayat M. Comparison of health-related quality of life of working women and housewives, Faslname payesh 2011;11(1): 111-116. [Persian]
- 18-Wood DS . Assessing of Quality of Life in Clinical Reseah: From Where Have We Come & Where Are We Go in? J Clin Epidemiol1999;52:355-63.
- 19- Golyan Tehrani Sh, Mir Mohammad Ali M , Mahmoudi M Khaledian Z . Study of quality of life and its patterns in different stages of menopause for women in Tehran2002;8(16):33-41. [Persian]